ASSOCIACIÓ CATALANA
SÍNDROME DE SJÖGREN

DESEO ASOCIARME

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre y Apellidos:_____

Fecha nacimiento: _____ DNI: _____ Telèf. fijo:_____

Teléf. mòvil: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

C.P.: _____ Provincia: _____

Como nos ha conocido?:_____

Deseo inscribirme en l'ASSOCIACIÓ CATALANA DE SÍNDROME DE SJÖGREN como:

( ) afectada ( ) familiar ( ) personal sanitario ( ) otros

con una **cuota anual** de: ( ) **30 €** como cuota mínima

Mi cuota anual como socia será abonada por mi a la presentación del recibo en el:
Banco o Caixa: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ C.P.: _____

con cargo a mi cuenta corriente ( ) o de ahorro ( ) número:

Entidad Oficina D.C. Número de cuenta

Además deseo colaborar con un donativo de _____ €

No deseo asociarme, pero sí deseo hacer un donativo de: ____ € (mínimo 30 €) que ingresaré en la cuenta de l'Associació Catalana de Síndrome de Sjögren:

2	1	0	0	3	1	1	0	2	4	2	2	0	0	1	3	2	6	6	7

Entidad Oficina D.C. Número de cuenta

Le agradeceremos indique en el recibo su nombre y la palabra **"donativo"** y nos remita copia del resguardo bancario.

El socio queda informado y acepta que sus datos sean incorporados en los ficheros existentes en l'Associació Catalana de Síndrome de Sjögren, para fines de la Asociación. Este consentimiento se otorga sin prejuicio de todos sus derechos que según loa legislación vigente que consta en la Ley Orgánica de Protección de Datos i especialmente los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos, podrán ser realizados en la sede social de la Asociación

Firma / fecha :

(Agradeceremos nos haga llegar esta boletín a l'Associació Catalana del Síndrome de Sjögren, c/ St. Sebastià, 11; 08800 Vilanova i la Geltrú – Barcelona-)